

Anamnestický Dotazník

Máte obtíže či jste léčen/a na následující onemocnění?	NE	ANO – specifikujte více včetně roku
Ztratil/a jste někdy vědomí během sportovního výkonu či cvičení?		
Máte při fyzickém výkonu pocit svírání, tlaku či bolesti na hrudi?		
Měl/a jste někdy pocit rychlého či nepravidelného tlukotu srdce?		
Měl/a jste během cvičení či po cvičení potíže s dechem či kašel?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte srdeční arytmií?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte šelesty na srdci?		
Měl/a jste někdy zjištěn vysoký krevní tlak?		
Omezil/a jste někdy tréninky pro dlouhou únavu či přetrénování?		
Máte nějaké alergie? Pokud ano, jaké?		
Máte či měl/a jste diagnostikované a léčené astma?		
Prodělal/a jste infekční mononukleózu či boreliózu?		
Léčíte se či jste se léčil/a na neurologické onemocnění?		
Léčíte se či jste se léčil/a na onemocnění štítné žlázy?		
Míváte během roku časté infekce dýchacích cest nebo uroinfekce?		
Prodělal/a jste nějakou operaci?		
Měl/a jste úrazovou zlomeninu?		
Měl/a jste únavovou zlomeninu?		
Měl/a jste poranění vazů a kloubů?		
Měl/a jste úraz svalů — natržení, natažení?		
Máte diagnostikován výhřez disku či jiné onemocnění páteře?		
Měl/a jste v posledních 3 letech deprese či jiné psych. choroby?		
Myslíte hodně na jídlo, hubnutí či zvracíte?		
Máte během roku výkyv hmotnosti větší než 10 %?		
Máte/měla jste v posledních 3 letech nepravidelnou menstruaci?		
Léčil/a jste se někdy pro poruchu příjmu potravy?		
Má někdo z nejbližší rodiny srdeční onemocnění?		
Zakázal Vám někdy lékař sportovat?		
Berete nějaké léky či doplňky stravy? Pokud ano, tak jaké?		
Jste pravidelně sledován/a u nějakého lékaře? Pokud ano, tak u jaké odbornosti?		
Jaké jiné zatím neuvedené zdravotní obtíže máte, které by mohly ovlivnit zdraví při sportu?		

Jméno a příjmení _____ Datum narození _____

Datum _____ Podpis _____ E-mail _____